

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書



被 保 険 者 番 号												
個 人 番 号												
フ リ ガ ナ												
氏 名												
生 年 月 日	年 月 日											
住 所 (方書・施設名等)												
再交付を必要とする証	☐ 資格確認書☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 資格情報のお知らせ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証											
再交付申請の理由	1 紛失したため 2 破損・汚損したため、使用に耐えなくなった 3 その他 ()											

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり再交付を申請します。

年 月 日 住 所

申 請 者 氏 名 本人との関係：

連絡先（電話）

証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）	< 返還誓約書 > この度、資格確認書がないため提出できませんが、発見した時には、直ちに返還します。また、紛失等で返還ができなかった資格確認書による診療については、貴広域連合に負担をかけないことを誓約します。 年 月 日 氏 名
	回収：済・未（ / ）	
	< 本人確認 > 書類名： 番 号：	

備 考		受 付	入 力	広域確認